

Research Paper

The Effect of Family-Centered Empowerment Model on the Quality of Life of the Patients With Permanent Pacemaker in Chamran Hospital in Isfahan

Manije Torabi¹, Fatemeh AliAkbari^{2*}, Fereshte Aien², Fatemeh Deriss³

1. Cancer Research Center, Shahrekord University of Medical Sciences, Shahrekord, Iran.

2. Research Center in Midwifery & Nursing Sciences, Shahrekord University of Medical Sciences, Shahrekord, Iran.

3. Department of Epidemiology and Biostatistics, School of Public Health, Shahrekord University of Medical Sciences, Shahrekord, Iran.



Citation Torabi M, AliAkbari F, Aien F, Deriss F. [The Effect of Family-Centered Empowerment Model on the Quality of Life of the Patients With Permanent Pacemaker in Chamran Hospital in Isfahan (Persian)]. Journal of Clinical Nursing and Midwifery. 2018; 7(3):218-225.

**Received:** 08 Jul 2018**Accepted:** 04 Sep 2018**Available Online:** 23 Sep 2018**Keywords:**Self-care model;
Family-centered
care model; Quality
of Life; Patient with
pacemaker**ABSTRACT**

Background and Aims Permanent pacemaker implantation is one of the significant procedures for controlling and treating arrhythmias and cardiac conductive diseases. However, this method may create many physical and psychological complications for the patients and affect their quality of life. Learning self-care behaviors based on family-centered empowerment model is one of the effective methods for improving the quality of life. This study aimed to assess the effect of family-centered care on the quality of life of the patients with pacemaker implants.

Methods This study was a clinical trial conducted on 70 patients with pacemaker in Chamran Hospital in Isfahan City, Iran. The study data were collected using the SF-36 QoL questionnaire. The obtained data were analyzed using statistical tests such as the Independent t test and repeated measures of analysis of variance in SPSS V. 23.

Results Comparing the scores obtained from the control and intervention groups in the eight areas of quality of life before and after the study revealed that the intervention of the family-centered empowerment model resulted in increased scores in seven areas and accordingly the overall quality of life. However, these changes were not significant in the control group.

Conclusion In line with other relevant studies, the results of the recent study indicate that the training based on the family-centered empowerment model can play an important role in the adoption of proper health behaviors and independence of the patients with permanent pacemakers. In sum, by implementing this model, the health of the patients with chronic diseases can be improved.

*** Corresponding Author:**

Fatemeh AliAkbari, PhD.

Address: Research Center in Midwifery & Nursing Sciences, Shahrekord University of Medical Sciences, Shahrekord, Iran.

Tel: +98 (38) 3335652

E-mail: aliakbarifa@gmail.com

بررسی تأثیر برنامه خودمراقبتی مبتنی بر الگوی توانمندسازی خانواده‌محور، بر کیفیت زندگی بیماران دارای ضربان ساز دائمی قلب بیمارستان شهیدچمران اصفهان

منیژه ترابی^۱، فاطمه علی‌اکبری^۲، فرشته آیین^۳، فاطمه دریس^۴

۱- مرکز تحقیقات سرطان، دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد، شهرکرد، ایران.

۲- مرکز تحقیقات پرستاری و مامایی، جامعه‌نگر، دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد، شهرکرد، ایران.

۳- گروه اپیدمیولوژی و آمار زیستی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد، شهرکرد، ایران.

چکیده

تاریخ دریافت: ۱۷ تیر ۱۳۹۷

تاریخ پذیرش: ۱۳ شهریور ۱۳۹۷

تاریخ انتشار: ۰۱ مهر ۱۳۹۷

زمینه و هدف: تعبیه ضربان‌ساز دائم یکی از روش‌های مهم در کنترل و درمان آریتمی‌ها و بیماری‌های سیستم هدایتی قلب است. این روش عوارض روحی و جسمی زیادی برای بیماران ایجاد می‌کند که بر کیفیت زندگی آنان تأثیر می‌گذارد. یادگیری رفتارهای خودمراقبتی بر اساس الگوی توانمندسازی خانواده‌محور از جمله روش‌های مؤثر در افزایش کیفیت زندگی است؛ بنابراین مطالعه اخیر با هدف بررسی تأثیر این مداخله بر کیفیت زندگی بیماران انجام شد که ضربان‌ساز دارند.

روش بررسی: این پژوهش یک مطالعه کارآزمایی بالینی شاهددار تصادفی‌سازی شده بوده است که روی ۷۰ بیمار دارای دستگاه ضربان‌ساز قلبی بیمارستان شهیدچمران اصفهان در سال ۱۳۹۶ انجام شد. داده‌های پژوهش با استفاده از پرسش‌نامه اطلاعات جمعیت‌شناختی و پرسش‌نامه بررسی کیفیت زندگی SF-36، جمع‌آوری و با استفاده از نسخه ۱۸ نرم‌افزار SPSS و آزمون‌های آماری از قبیل تی زوج وتی مستقل و تحلیل واریانس داده‌های مکرر تجزیه و تحلیل شد.

یافته‌ها: مقایسه نمرات کسب‌شده گروه‌های کنترل و آزمایش در هشت حیطه کیفیت زندگی قبل و بعد از مطالعه نشان داد انجام مداخله الگوی توانمندسازی خانواده‌محور در هفت حیطه منجر به افزایش نمرات کسب‌شده در گروه آزمایش شده است و شاخص کلی کیفیت زندگی را به طور معناداری افزایش داده است، اما در گروه کنترل این تغییرات معنادار نبود.

نتیجه‌گیری: هم راستا با دیگر مطالعات انجام‌شده در این زمینه نتایج مطالعه اخیر نشان داد اجرای روش آموزشی مبتنی بر الگوی توانمندسازی خانواده‌محور می‌تواند با مشارکت و محوریت بیمار و خانواده نقش مهمی در درپیش گرفتن رفتارهای صحیح بهداشتی و کسب استقلال بیمارانی داشته باشد که ضربان‌ساز دائم دارند و می‌توان با اجرای این الگو در بیماران مزمن سطح سلامت جامعه را بیشتر کرد.

کلیدواژه‌ها:

برنامه خودمراقبتی؛
الگوی توانمندسازی
خانواده‌محور؛ کیفیت
زندگی؛ بیماران دارای
ضربان‌ساز دائم

مقدمه

از جمعیت کشور به بیماری‌های قلبی‌عروقی مبتلا هستند^(۱). همچنین بر اساس گزارش سازمان جهانی بهداشت ۴۱/۳ درصد از کل مرگ‌های ایران در سال ۲۰۰۵ به دلیل بیماری‌های قلبی‌عروقی بوده و پیش‌بینی شده است این میزان در سال ۲۰۳۰ به ۴۴/۸ درصد برسد^(۲).

در میان بیماری‌های قلبی، آریتمی‌ها جزء مشکلات شایع و عامل نیمی از مرگ‌های مربوط به مشکلات قلبی هستند^(۳). یکی از روش‌های مهم در کنترل و درمان آریتمی‌ها و بیماری‌های سیستم هدایتی قلب، استفاده از ضربان‌ساز دائمی است^(۴، ۵). تعبیه ضربان‌ساز دائم و ورود جسمی خارجی به داخل حفرات قلب، رویدادی مهم در زندگی بیماران است که می‌تواند مشکلات جسمی، روحی و اجتماعی برای آن‌ها به همراه داشته باشد^(۶).

امروزه بیماری‌های غیرواگیر به علت نوسازی جوامع، پیشرفت فناوری، متراکم‌شدن جمعیت در نواحی شهری، سبک زندگی و عادات بهداشتی نامناسب شیوع گسترده‌ای یافته‌اند. یکی از مهم‌ترین این بیماری‌ها، بیماری‌های قلبی‌عروقی است که شایع‌ترین علت مرگ در بیشتر کشورهای جهان و نیز ایران و مهم‌ترین عامل از کارافتادگی است^(۱-۳). طبق گزارش سازمان جهانی بهداشت، در سال ۲۰۳۰ حدود ۲۳/۵ میلیون نفر در جهان به دلیل بیماری‌های قلبی‌عروقی خواهند مرد^(۴). در کشور ما نیز شیوع بیماری‌های قلبی‌عروقی و مرگ‌ومیر حاصل از آن رو به افزایش است؛ به طوری که تخمین زده شده است ۱۹ درصد

* نویسنده مسئول:

دکتر فاطمه علی‌اکبری

نشانی: شهرکرد، دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد، مرکز تحقیقات پرستاری و مامایی جامعه‌نگر.

تلفن: ۳۳۳۵۶۵۲ (۳۸) ۹۸+

پست الکترونیکی: aliakbarifa@gmail.com

است (۹، ۱۷).

الگوی توانمندسازی خانواده‌محور، بر تداوم رفتارهای خودمراقبتی در بیماری‌های مزمن مانند ام‌اس، تالاسمی و دیابت نوع دوم تأکید دارد و در افزایش آگاهی، درک و مهارت مراقبان مبتلایان به این بیماری‌ها نیز مؤثر واقع شده است (۱۶، ۱۸، ۱۹). با توجه به اهمیت ذکر شده درباره مراقبت و پیگیری از بیمارانی که ضربان‌ساز دائمی قلب دارند و نبود مطالعه‌ای در زمینه بررسی تأثیر به‌کارگیری این مدل در این بیماران، این مطالعه با هدف بررسی تأثیر الگوی توانمندسازی خانواده‌محور بر کیفیت زندگی این بیماران انجام شده است.

روش بررسی

این پژوهش مطالعه‌ای کمی از نوع کارآزمایی بالینی شاهددار تصادفی‌سازی شده بوده است که جمعیت آن را بیماران دارای ضربان‌ساز بیمارستان شهیدچمران اصفهان در سال ۱۳۹۶ تشکیل دادند. معیارهای ورود به این مطالعه شامل سن بالای ۱۸ و کمتر از ۸۰ سال، رضایت به شرکت در مطالعه و توانایی برقراری ارتباط بود. ضمناً باید حداقل یکی از اعضای خانواده بیمار (به عنوان مراقب) حاضر به همکاری با پژوهشگر می‌بود. در صورت بروز مشکلات جسمی یا روانی و بستری شدن در بیمارستان یا اتفاقی مانند مرگ یکی از عزیزان که می‌توانست کیفیت زندگی فرد را تحت تأثیر قرار دهد، بیمار از مطالعه خارج می‌شد. بر اساس فرمول نمونه‌گیری و با در نظر گرفتن ضریب اطمینان ۹۵ درصد و توان ۸۰ درصد، حجم نمونه در هر گروه ۳۰ نفر و در کل مطالعه ۶۰ نفر تعیین شد. با توجه با احتمال ریزش ۱۰ درصدی نمونه‌ها در مطالعه، ۳۵ نفر در هر گروه وارد مطالعه شدند.

افراد به صورت نمونه‌گیری آسان انتخاب و به صورت بلوک‌بندی تصادفی به گروه‌های مطالعه منتسب شدند. جمع‌آوری داده‌ها از طریق مصاحبه با بیمار و پرکردن پرسش‌نامه و ثبت اطلاعات تکمیلی با مراجعه به پرونده بیمار انجام شد. ابزار استفاده‌شده در این مطالعه پرسش‌نامه بررسی کیفیت زندگی SF-36 و پرسش‌نامه اطلاعات جمعیت‌شناختی بود. برای اجرای پژوهش، محقق به مراکز بیمارستان شهیدچمران و کلینیک قلب شهیدچمران مراجعه و با کسب اجازه، با بیمارانی که برای آن‌ها ضربان‌ساز دائمی گذاشته شده بود، ملاقات و پس از گرفتن رضایت آگاهانه، آن‌ها را وارد مطالعه می‌کرد.

برای تصادفی‌سازی از نرم‌افزار Random Allocation استفاده شد و برحسب خروجی این نرم‌افزار افراد به طور تصادفی به دو گروه آزمایش یا کنترل تقسیم شدند. همسان‌سازی نیز بر اساس سن و جنس انجام شد. قبل از انجام مداخلات، شرکت‌کنندگان هر دو گروه، پرسش‌نامه‌های سنجش کیفیت زندگی را تکمیل کردند. در مرحله بعد برای گروه آزمایش، الگوی توانمندسازی خانواده‌محور در چهار مرحله به صورت گام‌به‌گام انجام شد. این

عوارض جسمی از جمله عفونت محل ضربان‌ساز، خشکی مفصل شانه در اثر تمرین نکردن و حرکت ندادن آن پس از جراحی، عوارض مربوط به لیدها و همچنین عوارض روانی ناشی از وابستگی و اتکای بیماران به وجود این دستگاه برای ادامه حیات، از جمله مشکلات این ضربان‌سازها هستند (۹، ۱۱).

از طرف دیگر برخورد با مشکلات متعدد در انجام کارهای معمول روزانه موجب ایجاد احساس ضعف، ناتوانی و وابستگی بیمار به دیگران می‌شود که می‌تواند منجر به افسردگی و کاهش اعتمادبه‌نفس در این بیماران شود و بر کیفیت زندگی آنان اثر بگذارد (۴، ۹). کیفیت زندگی، شاخصی اساسی و مهم است که ابعاد متعددی نظیر جنبه‌های فیزیولوژیک، عملکردی و وجود فرد را شامل می‌شود (۳) و نشان‌دهنده احساس سلامتی، عملکرد و نیز نگرش‌ها و تجربیات بیمار در زندگی است و شاخصی مهم و اصلی برای شناسایی تأثیر یک اقدام درمانی بر سلامت بیمار است (۹، ۱۲).

مارتین^۱ و همکاران در سال ۲۰۰۸ با بررسی ۸۱۸ بیمار که برای آنان ضربان‌ساز تعبیه شده بود، دریافتند تعبیه ضربان‌ساز کیفیت زندگی این بیماران را نسبت به دوره قبل از تعبیه این دستگاه بهبود می‌دهد، اما کیفیت زندگی آن‌ها نسبت به جمعیت کلی پایین‌تر است (۱۳). این دستگاه موجب طولانی شدن عمر بیماران می‌شود، اما توجه صرف به طولانی شدن عمر بیماران بدون در نظر گرفتن کیفیت زندگی، در حقیقت غفلت از رفاه و سلامتی آنان است. بنابراین، باید به کیفیت زندگی و تطابق یافتن بیمار با زندگی و بیماری توجه بیشتری شود (۳، ۱۴).

یکی از روش‌های بهبود کیفیت زندگی و نیز یکی از بخش‌های مهم کنترل بیماری‌های مزمن، آموزش و کمک به بیمار برای انجام رفتارهای مراقبت از خود است. یادگیری رفتارهای خودمراقبتی، فرد را به سمت سلامتی و خوب بودن سوق می‌دهد، سازگاری فرد با بیماری و توان مراقبت از خود را افزایش و میزان ناتوانی و هزینه‌های درمانی را کاهش می‌دهد (۱۵)؛ بنابراین، رفتارهای مراقبت از خود در نهایت کیفیت زندگی بیمار را افزایش می‌دهد (۳، ۱۰، ۱۳). از طرف دیگر، مطالعات انجام‌شده روی بیمارانی که وسایل الکترونیکی دارند نشان داده است بیشتر این بیماران هیچ‌گونه اطلاعاتی درباره دستگاه و نحوه مراقبت از آن کسب نکرده‌اند و به آموزش‌هایی در زمینه خودمراقبتی نیاز دارند (۱۴).

امروزه مداخلات متعددی از سوی پرستاران برای آموزش رفتارهای خودمراقبتی به مددجویان در سرتاسر دنیا انجام می‌شود (۱۶). از جمله الگوهایی که اخیراً به عنوان الگوی موفق، در انجام رفتارهای صحیح مراقبتی و بهداشتی، کسب استقلال، بهبود سبک زندگی، افزایش استقلال در امر مراقبت از خود و بهبود کیفیت زندگی مثبت ارزیابی شده است، الگوی توانمندسازی خانواده‌محور است که بیشتر به عنوان راهنمایی برای بیماران و مراقبان بهداشتی آن‌ها مطرح شده

1. Martijn

گام چهارم که ارزشیابی نهایی بود، در بازه زمانی یک و نیم ماهه پس از آخرین جلسه انجام شد. در این مدت هر هفته دو تماس تلفنی با بیماران برقرار و روند اجرا و به کارگیری مطالب آموزش داده شده بررسی می شد. همچنین به سؤالات شرکت کنندگان نیز پاسخ داده می شد. شماره تماس پژوهشگر نیز به بیماران داده شد تا در صورت وجود مشکل تماس بگیرند و سؤالاتشان را بپرسند. پس از اتمام این یک و نیم ماه، نوبت دوم پرسش نامه کیفیت زندگی و فعالیت های روزمره زندگی مجدداً از سوی شرکت کنندگان گروه آزمایش تکمیل شد (۲۰).

در گروه کنترل، تنها مراقبت های روتین انجام و پرسش نامه کیفیت زندگی در زمان های مشابه با گروه آزمایش تکمیل شد. سپس میانگین متغیرهای مطالعه شده، قبل و بعد از مداخله در هر گروه و بین دو گروه با یکدیگر مقایسه شد. در نهایت و پس از اتمام مداخلات و تکمیل پرسش نامه ها در مرحله پس از مومن، تمام آموزش های داده شده در گروه آزمایش، در قالب پمفلت و کتابچه آموزشی به گروه کنترل ارائه شد.

یافته ها

۷۰ بیمار بر اساس تصادفی سازی به دو گروه آزمایش و کنترل تقسیم شدند. از ۳۵ نفر گروه آزمایش ۲ نفر از بیماران به علت مشکلات دیگر، بستری و از مطالعه خارج شدند. یکی از بیماران، مشکلات اعصاب و روان هم به این مشکل اضافه شد که به یک روان پزشک معرفی شد و شرط ماندن در مطالعه را از دست داد. یک نفر هم در جلسات آموزشی حضور نداشت. از ۳۵ نفر گروه کنترل یک نفر به علت آسیب به دستگاه، مجبور به تعبیه مجدد دستگاه ضربان ساز شد. ۳ نفر هم رضایت به ادامه مطالعه ندادند. یک نفر هم به علت مشکلات دیگر، بستری مجدد شد. بر اساس داده های جمع آوری شده مشخص شد اکثریت نمونه ها، در گروه آزمایش ۲۴ نفر و در گروه کنترل ۲۲ نفر، مرد بوده اند.

آزمون کای اسکور نشان داد دو گروه از نظر جنسیتی همگن هستند ($P > 0/05$). میانگین و انحراف معیار سن در گروه آزمایش ($60/23 \pm 12/86$) و در گروه کنترل ($62/50 \pm 13/20$) بوده است. آزمون تی مستقل نشان داد میانگین سن بیماران بین دو گروه اختلاف معنادار نداشت ($P > 0/05$). از نظر وضعیت تأهل در گروه آزمایش ۲۸ نفر و در گروه کنترل ۳۰ نفر متأهل بودند. از نظر وضعیت شغلی، ۱۸ (۵۸/۱ درصد) نفر در گروه آزمایش و ۱۷ (۵۶/۷ درصد) نفر در گروه کنترل غیر شاغل بوده اند. گروه ها از نظر متغیرهای سن و جنس همسان سازی شد و آزمون های مربوطه، تفاوت معنی داری را نشان ندادند. ($P > 0/05$) از نظر متغیرهای جمعیت شناختی دیگر نیز دو گروه تفاوت معنی داری نداشتند ($P > 0/05$).

میانگین نمره ها در حیطه عملکرد فیزیکی قبل از مداخله در گروه های مطالعه شده تفاوت معنی داری را نشان نداد است، اما بعد از مداخله تفاوت نمره بعد از قبل کیفیت زندگی در حیطه

چهار مرحله شامل افزایش تهدید درک شده از طریق افزایش دانش، ارتقای احساس خود کارآمدی با استفاده از کاربرد روش حل مسئله، افزایش عزت نفس از طریق مشارکت آموزشی و ارزشیابی بود.

در گام اول که شامل افزایش تهدید درک شده عامل توانمندشونده یعنی بیمار بود، دو جلسه انفرادی با بیمار تشکیل شد که در این جلسات مطالبی برای افزایش دانش و آگاهی فرد شرکت کننده درباره فیزیولوژی، علائم، عوارض بیماری، اقدامات درمانی، رژیم درمانی در طول برنامه درمانی و شرایط روحی و جسمی بعد از تعبیه ضربان ساز آموزش داده شد (هدف از اجرای این گام افزایش دانش از طریق افزایش تهدید درک شده بود). در پایان هر جلسه به سؤالات بیمار پاسخ داده می شد و یک جمع بندی صورت می گرفت.

برای اجرای گام دوم، ابتدا پرسش نامه خود کارآمدی را گروه آزمون تکمیل کردند. سپس ۳ جلسه آموزشی ۳۰ دقیقه ای به صورت بحث گروهی در گروه های ۴ تا ۶ نفره برگزار شد. همچنین در این جلسات بیماران، عملاً با مشکلات شان و فرایند حل مسئله مواجه شدند و تحت نظر پژوهشگر با ذکر مثال هایی عینی از وضعیت خود و اینکه برای بهبودی مشکل مشابه با دیگران، چه اقداماتی انجام خواهند داد، با یکدیگر به بحث و گفت و گو پرداختند و بدین ترتیب در انتخاب راه حل ها با یکدیگر مشارکت کردند. پژوهشگر در این مرحله اقدامات صحیح را تأیید و مشکلات را تصحیح می کرد. در پایان جلسات گام دوم، گروه آزمون مجدداً پرسش نامه خود کارآمدی را تکمیل کردند که این پرسش نامه با مرحله قبل از شروع گام دوم مقایسه شد تا تأثیر مداخلات این گام بر خود کارآمدی شرکت کنندگان سنجیده شود.

گام سوم: قبل از شروع جلسات گام سوم، ابتدا شرکت کنندگان گروه آزمون پرسش نامه عزت نفس روزنبرگ را تکمیل کردند. در این مرحله از بیماران خواسته شد به همراه عضو فعال خانواده در ۳ جلسه آموزشی ۳۰ دقیقه ای در زمینه شناخت مسائل مربوط به تعبیه دستگاه ضربان ساز قلبی شرکت کنند. در این جلسات، هر بیمار مطالبی را که در جلسات قبل آموخته بود، به عضو فعال خانواده انتقال می داد. در این گام خانواده به عنوان یک منبع ضروری حمایت در فرایند یادگیری مداخلات و ارتقای توانمندی از طریق بهبود خود کارآمدی و عزت نفس در پژوهش شرکت داده شد.

در پایان هریک از جلسات یک جمع بندی کلی از مطالب ارائه شده انجام و سؤالات و ابهام ها پاسخ داده می شد. علاوه بر این پمفلت های آموزشی نیز از سوی پژوهشگر به سایر اعضای خانواده داده شد. پس از پایان جلسات این مرحله، پرسش نامه عزت نفس روزنبرگ مجدداً تکمیل و با مرحله قبل از شروع این گام مقایسه شد تا میزان کارایی گام سوم مداخلات در بهبود عزت نفس شرکت کنندگان سنجیده شود.

جدول ۱. مقایسه میانگین نمرات حیطه‌های هشت‌گانه کیفیت زندگی بیماران قبل و بعد از مداخله در گروه‌های مطالعه

P	میانگین \pm انحراف معیار		زمان مداخله	حیطه
	گروه کنترل	گروه آزمایش		
۰/۸۰۵	۳۹/۰۰ \pm ۲۱/۶۳	۳۷/۷۴ \pm ۱۷/۹۷	قبل	عملکرد فیزیکی
۰/۰۰۰۰۰۰	۵۸/۰۰ \pm ۱۵/۵۱	۳۹/۰۳ \pm ۱۳/۵۷	بعد	
۰/۰۰۰۰۰۰	۱۹/۰۰ \pm ۲۱/۰۳	۴۱/۲۹ \pm ۲۱/۲۱	تفاوت بعد از قبل	
	۰/۰۰۰۰۰۰	۰/۰۰۰۰۰۰	P	
۰/۸۸۷	۳۴/۱۷ \pm ۲۵/۸۹	۳۵/۰۸ \pm ۲۴/۲۴	قبل	محدودیت فعالیت در ارتباط با سلامت فیزیکی
۰/۰۰۰۰۰۰	۶۲/۹۰ \pm ۱۲/۰۵	۸۰/۰۴ \pm ۱۴/۳۸	بعد	
۰/۰۰۱۳*	۲۸/۷۵ \pm ۲۵/۰۹	۴۴/۹۶ \pm ۲۴/۴۴	تفاوت بعد از قبل	
	۰/۰۰۰۰۰۰	۰/۰۰۰۰۰۰	P	
۰/۸۴۲	۴۲/۷۸ \pm ۱۹/۷۸	۴۱/۶۷ \pm ۲۳/۲۷	قبل	محدودیت فعالیت در ارتباط با مشکلات روحی
۰/۰۰۰۰۰۰	۶۵/۲۸ \pm ۱۵/۷۹	۸۴/۱۴ \pm ۱۳/۳۲	بعد	
۰/۰۰۱۰*	۲۲/۵۰ \pm ۱۹/۸۴	۴۲/۴۷ \pm ۲۳/۶۱	تفاوت بعد از قبل	
	۰/۰۰۰۰۰۰	۰/۰۰۰۰۰۰	P	
۰/۸۱۵	۴۲/۰۰ \pm ۲۱/۲۴	۴۰/۸۱ \pm ۱۸/۳۵	قبل	انرژی / خستگی
۰/۰۰۰۰۰۰	۵۸/۳۳ \pm ۹/۴۱	۷۱/۴۵ \pm ۱۵/۳۴	بعد	
۰/۰۰۲۰*	۱۶/۳۳ \pm ۲۲/۳۶	۳۰/۶۵ \pm ۲۴/۲۵	تفاوت بعد از قبل	
	۰/۰۰۰۰۰۰	۰/۰۰۰۰۰۰	P	
۰/۷۳۸	۴۷/۴۷ \pm ۲۰/۰۱	۴۵/۹۴ \pm ۱۵/۳۵	قبل	میزان خوب‌بودن از نظر روحی
۰/۰۰۰۰۰۰	۶۰/۸۰ \pm ۹/۶۵	۷۴/۷۱ \pm ۱۰/۶۰	بعد	
۰/۰۰۲۰*	۲۸/۷۷ \pm ۱۶/۴۴	۱۳/۳۳ \pm ۲۰/۵۰	تفاوت بعد از قبل	
	۰/۰۰۰۰۰۰	۰/۰۰۰۰۰۰	P	
۰/۷۱۵	۴۶/۳۳ \pm ۲۲/۲۳	۴۴/۱۹ \pm ۲۳/۳۱	قبل	عملکرد اجتماعی
۰/۰۰۰۰۰۰	۶۴/۰۰ \pm ۱۴/۰۳	۷۸/۵۵ \pm ۱۶/۳۳	بعد	
۰/۰۰۱۸*	۱۷/۶۷ \pm ۰۴/۲۴	۳۴/۳۵ \pm ۱۵/۲۹	تفاوت بعد از قبل	
	۰/۰۰۰۰۰۰	۰/۰۰۰۰۰۰	P	
۰/۹۴۴	۶۱/۸۳ \pm ۲۴/۱۹	۶۲/۳۴ \pm ۳۱/۴۲	قبل	درد
۰/۰۰۰۰۰۰	۵۹/۲۵ \pm ۱۴/۷۱	۷۳/۲۳ \pm ۱۴/۲۳	بعد	
۰/۰۰۹۴	-۲/۵۸ \pm ۲۵/۰۱	۱۰/۸۹ \pm ۳۵/۹۸	تفاوت بعد از قبل	
	۰/۵۷۶	۰/۱۰۲	P	
۰/۸۸۰	۴۰/۰۰ \pm ۱۵/۸۷	۳۹/۳۵ \pm ۱۷/۲۶	قبل	سلامت عمومی
۰/۰۰۰۰۰۰	۵۱/۰۰ \pm ۹/۲۳	۷۳/۰۶ \pm ۲۰/۵۶	بعد	
۰/۰۰۰۰۰۰	۱۱/۰۰ \pm ۱۶/۱۰	۳۳/۷۱ \pm ۲۳/۹۱	تفاوت بعد از قبل	
	۰/۰۰۰۰۰۰	۰/۰۰۰۰۰۰	P	
۰/۸۳۸	۴۴/۲۰ \pm ۱۵/۵۵	۴۳/۳۹ \pm ۱۵/۱۴	قبل	کل نمره
۰/۰۰۰۰۰۰	۵۹/۹۵ \pm ۷/۸۳	۷۶/۷۸ \pm ۱۰/۸۴	بعد	
۰/۰۰۰۰۰۰	۱۵/۷۵ \pm ۱۴/۹۶	۳۳/۳۹ \pm ۱۵/۸۴	تفاوت بعد از قبل	
	۰/۰۰۰۰۰۰	۰/۰۰۰۰۰۰	P	

***P<۰/۰۵، **P<۰/۰۱، *P<۰/۰۰۱؛

عملکرد فیزیکی به طور معنی داری در گروه آزمایش بیشتر از گروه کنترل بوده است.

همچنین بین میانگین نمره گروه‌ها در حیطه دوم کیفیت زندگی، یعنی محدودیت در فعالیت در ارتباط با سلامت فیزیکی در دو گروه آزمایش و کنترل نیز قبل از مداخله تفاوت معنی داری وجود نداشت، ولی بعد از مداخله میانگین نمره کیفیت زندگی در این حیطه به طور معنی داری در گروه آزمایش بیشتر از گروه کنترل بوده است. مقایسه میانگین نمره قبل از مطالعه در حیطه سوم کیفیت زندگی عمومی (محدودیت در فعالیت در ارتباط با مشکلات روحی) در دو گروه آزمایش و کنترل تفاوت معنی داری نشان نداد، ولی بعد از مداخله، میانگین این نمرات به طور معنی داری در گروه آزمایش بیشتر از گروه کنترل بوده است.

در راستای مقایسه حیطه چهارم کیفیت زندگی عمومی (انرژی/خستگی) در دو گروه آزمایش و کنترل، میانگین نمره قبل از مداخله تفاوت معنی داری نشان نداد، ولی بعد از مداخله میانگین نمره کیفیت زندگی در حیطه محدودیت در فعالیت در ارتباط با سلامت فیزیکی، به طور معنی داری در گروه آزمایش بیشتر از گروه کنترل بوده است. همچنین تعیین و مقایسه میانگین نمرات پنجمین حیطه، یعنی حیطه میزان خوب بودن از نظر روحی در گروه آزمایش و کنترل نشان داد بین گروه‌ها قبل از مداخله تفاوت معناداری وجود نداشته، اما پس از مداخله این نمرات در گروه آزمایش به طور معنی داری از گروه کنترل بیشتر بوده است.

در ششمین حیطه کیفیت زندگی، یعنی حیطه عملکرد اجتماعی همان گونه که در جدول شماره ۱ نشان داده شده است میانگین نمره قبل از مداخله در دو گروه آزمایش و کنترل تفاوت معنی داری نداشته است، اما بعد از مداخله میانگین نمره کیفیت زندگی در حیطه عملکرد اجتماعی به طور معنی داری در گروه آزمایش بیشتر از گروه کنترل بوده است، اما انجام مداخله در حیطه درد نتوانسته است میانگین نمره را در گروه آزمایش و کنترل افزایش دهد؛ به طوری که میانگین نمره کیفیت زندگی در حیطه درد قبل از مطالعه تفاوت معنی داری در گروه‌های مطالعه شده نداشته است. همچنین بعد از مداخله نیز تغییرات معنی داری در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل مشاهده نشده است. مقایسه حیطه هشتم کیفیت زندگی عمومی، یعنی سلامت عمومی در دو گروه آزمایش و کنترل تفاوت معنی داری نشان نداد، ولی بعد از مداخله این میانگین به طور معنی داری در گروه آزمایش بیشتر از گروه کنترل بوده است (جدول شماره ۱).

بحث

این پژوهش نوعی کارآزمایی بالینی بود که با هدف کلی بررسی الگوی توانمندسازی خانواده‌محور بر کیفیت زندگی بیماران با ضریب‌ساز دائمی قلب، روی ۷۰ بیمار مراجعه کننده به بیمارستان شهیدچمران اصفهان طراحی و اجرا شد. متغیر مستقل در این

پژوهش برنامه توانمندسازی خانواده‌محور، متغیر وابسته کیفیت زندگی و متغیرهای زمینه‌ای سن، جنس، میزان تحصیلات، وضعیت تأهل و فرد مراقب اصلی بود. نتایج این پژوهش نشان داد در دو گروه آزمایش و کنترل تفاوت آماری معناداری بین متغیرهای جمعیت‌شناختی وجود نداشت و دو گروه از این نظر همسان‌سازی شده بودند. با توجه به تخصیص تصادفی نمونه‌ها در دو گروه چنین نتیجه‌ای مورد انتظار بود.

با توجه به نتایج این پژوهش افزایش دانش و آگاهی بیمارانی که ضریب‌ساز دارند و اعضای خانواده آنان تأثیر بسزایی در توانمندشدن و بهبود کیفیت زندگی آن‌ها دارد؛ به طوری که نتایج این پژوهش با نتایج مطالعه ملکوتی و همکاران همخوانی دارد؛ آنان معتقدند از نیازهای خانواده‌ای که بیمار مزمن دارند، می‌توان به کسب دانش و مهارت عملی برای سازگاری با بیمار به دلیل نارضایتی از کمبود اطلاعات، نیاز به همدلی و مشورت با سایر خانواده‌ها اشاره کرد. همچنین نتایج این مطالعه با نتایج مطالعه حجازی و همکاران (۲۰۰۹) نیز همسو است. ایشان در پژوهش خود اذعان داشتند مداخله آموزش رفتارهای ارتقادهنده سلامت، بر میزان آگاهی سالمندان تأثیر دارد (۳۱).

بر اساس یافته‌های پژوهشی میانگین نمرات کیفیت زندگی در تمام حیطه‌ها بعد از مداخله در گروه آزمون بیشتر شده بود. در همین راستا نتایج پژوهش واهلین^۲ و همکاران نشان داد ارائه اطلاعات به خانواده‌ها و توانمندکردن مراقبان خانوادگی در امر مراقبت، منجر به افزایش توان خودمراقبتی و در نتیجه بهبود کیفیت زندگی بیماران می‌شود (۳۲). همچنین ویچیت^۳ و همکاران مطالعه‌ای با عنوان «بررسی برنامه خودمراقبتی بر اساس آگاهی خانواده در بهبود خودکارآمدی، کنترل قندخون و کیفیت زندگی در افراد مبتلا به دیابت نوع ۲» انجام دادند. این مطالعه روی ۱۴۰ بیمار مبتلا به دیابت نوع ۲ مراجعه کننده به کلینیک دیابت در روستایی در کشور تایلند انجام شد. گروه کنترل فقط مراقبت روتین را دریافت کردند، اما گروه آزمایش مراقبت‌های روتین را به همراه برنامه‌ای شامل کلاس‌های آموزشی، بحث‌های گروهی، ملاقات‌های خانوادگی و پیگیری‌های تلفنی برای خانواده‌ها داشتند. نتایج نشان داد در گروه آزمایش خودمراقبتی، خودکارآمدی و کیفیت زندگی بهبود پیدا کرد ($P < 0.001$) (۳۳).

نتایج پاره‌ای از مطالعات نیز بیانگر تأثیر نداشتن این برنامه مداخله‌ای بوده است؛ از جمله در نتایج مطالعه رزم‌آرای و همکاران بعد از آموزش خانواده‌محور، میانگین نمرات بعد تبعیت از رژیم دارویی بین دو گروه کنترل و آزمایش تفاوت آماری معنی داری نداشت (۳۴) که با این مطالعه همسو نبود. به نظر محقق مغایرت موجود می‌تواند به دلیل تفاوت در جامعه پژوهش، تعداد کم جلسات، علاقه و انگیزه نمونه‌ها و پیگیری

2. Wahlin

3. Wichit

شهرکرد با کد IR.SKUMS.Rec.1396.172 این پژوهش را تصویب کرده است. همچنین مرکز ثبت کارآزمایی‌های بالینی ایران مقاله حاضر را با کد IRCT: IRCT2017103137143N1 تأیید کرده است.

حامی مالی

این مقاله از پایان‌نامه کارشناسی‌ارشد منیژه ترابی در مرکز تحقیقات سرطان دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد گرفته شده است.

مشارکت‌نویسندگان

تمام نویسندگان در آماده‌سازی این مقاله مشارکت داشته‌اند.

تعارض منافع

بنابر اظهار نویسندگان، این مقاله تعارض منافع ندارد.

تشکر و قدردانی

از همکاران و مسئولان محترم بیمارستان شهیدچمران اصفهان کمال تقدیر و تشکر را داریم.

مداوم باشد. نتایج مطالعه مسعودی و همکاران با هدف تعیین تأثیر الگوی توانمندسازی خانواده‌محور بر دانش، نگرش و عملکرد مراقبان مبتلایان به ام اس نشان داد آموزش مراقبان بر اساس الگوی توانمندسازی باعث تغییرات در دانش، نگرش و عملکرد مراقبت‌کنندگان شد؛ به طوری که هرچه دانش مراقب بالاتر رود عملکرد او نیز بهتر و کارآمدتر خواهد شد^(۹).

در مطالعه‌ای که رضایی و همکاران (۲۰۱۷) درباره تأثیر مدل توانمندسازی خانواده‌محور بر تبعیت از درمان افراد مبتلا به دیابت نوع ۲ دچار مشکلات قلبی انجام دادند، نتایج نشان داد مداخلات توانمندسازی خانواده‌محور برای افزایش تبعیت از درمان اثری مثبت و خانواده در مدیریت و کنترل بیماری‌های مزمن نقش بالاهمیتی دارد^(۱۱).

نتیجه‌گیری

بر اساس یافته‌های این پژوهش، اجرای الگوی توانمندسازی خانواده‌محور بر کیفیت زندگی بیمارانی که ضربان‌ساز دارند مؤثر است و یک مداخله توانمندسازی مؤثر برای بهبود وضعیت عملکرد فیزیکی، روحی‌روانی و سایر ابعاد کیفیت زندگی بیماران است؛ بنابراین پرستاران می‌توانند با به‌کارگیری مداخله توانمندسازی خانواده‌محور در بهبود وضعیت بیماران نقش داشته باشند. با توجه به ابعاد حساسیت درک‌شده و شدت درک‌شده الگوی توانمندسازی خانواده‌محور که در این پژوهش به آن پرداخته شد، می‌توان نتیجه گرفت از جمله علل مؤثر بودن این مداخله تقویت روحیه استقلال، مسئولیت‌پذیری و ایجاد فرصت شناخت، انگیزه و تقویت مهارت‌ها در ارتقای وضعیت سلامتی و پیگیری بیماری با نقش محوری خانواده بوده است.

کاربرد یافته‌های پژوهش در بالین

کاربرد این مطالعه در حوزه‌های آموزش، پژوهش، بالینی و در عرصه درباره بیمار مزمن قلبی که ضربان‌ساز دارد، قابل تأمل است. الگوی توانمندسازی از جمله مدل‌هایی است که در مطالعات مختلف در حوزه آموزش بهداشت و ارتقای سلامت بیماری‌ها مزمن به کار رفته است. نتایج این مطالعه نشان داد مداخلات مبتنی بر این الگو قابل قبول است، بیماران آن را فراگرفته‌اند، به کار بسته‌اند و پیامدهای مطلوب‌تری از زندگی با ضربان‌ساز را تجربه کرده‌اند. با این حال به نظر می‌رسد اجرایی شدن این مدل برای بیماران مزمن و بخشی از مراقبت‌های معمول برای بیماران مزمن توجه زیاد مسئولان و مدیران را می‌طلبد.

ملاحظات اخلاقی

پیروی از اصول اخلاق پژوهش

کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی

References

- Vahedian Azimi A, Alhani F, Ahmadi F, Kazemnejad A. [Effect of family-centered empowerment model on the life style of myocardial infarction patients (Persian)]. *J Crit Care Nurs*. 2010; 2(4):1-2.
- Wallace M, Shelkey M. Katz index of independence in Activities of Daily Living (ADL). *Nurs Clin North Am*. 2007; 39(3):473-93.
- Ataee E, Haghjoo M, Dalvandi A, Bakhshandeh H. [Effect of self-care education on quality of life among patients with permanent pacemaker (Persian)]. *Iran J Cardiovasc Nur*. 2013; 1(4):40-7.
- Figueroa C, Alcocer L, Ramos B. Psychological intervention to modify anxiety, depression and quality of life in patients with an implantable pacemaker. *Psychol*. 2016; 7(3):374-81. [DOI:10.4236/psych.2016.73040]
- Heidenreich PA, Trogdon JG, Khavjou OA, Butler J, Dracup K, Ezekowitz MD, et al. Forecasting the future of cardiovascular disease in the United States a policy statement from the American heart association. *Circ*. 2011; 123(8):933-44. [DOI:10.1161/CIR.0b013e31820a55f5] [PMID]
- Khodadadi E, Mohammadzadeh S, Hekmatpou D, Zohoor A. [A comparison between the effectiveness of pacemaker care education through compact disc and group education on nurses' knowledge and performance in educational hospitals of Arak University of Medical Sciences in 2012 (Persian)]. *Mod Care*. 2013; 10(1):10-8.
- Raunwald ZD, Libby P. Heart disease text book of cardiovascular medicine. Philadelphia: Saunders; 2009.
- Ellenbogen KA, Wood MA. Cardiac pacing and ICD. Hoboken: Wiley-Blackwell; 2002.
- Ali Akbari FA, Asghar A, Parvin N. [The effect of short time telephone follow-up on physical conditions and quality of life in patients after pacemaker implantation (Persian)]. *J Shahrekord Uni Med Sci*. 2009; 11(3):23-8.
- Shahriari M, Jalalvandi F, Yousefi H, Tavkol K, Saneei H. [The effect of a self-care program on the quality of life of patients with permanent pacemaker (Persian)]. *Iran J Med Edu*. 2005; 5(1):45-52.
- Rezaei H, Ranjbar H, Abbaszadeh A. Heart wards' nursing staff performance in caring of heart temporary and permanent pacemakers. *J Crit Care Nurs*. 2010; 3(3):11-2.
- Udo EO, van Hemel NM, Zuithoff NP, Nijboer H, Taks W, Doevendans PA, et al. Long term quality-of-life in patients with bradycardia pacemaker implantation. *Int J Cardiol*. 2013; 168(3):2159-63. [DOI:10.1016/j.ijcard.2013.01.253] [PMID]
- van Eck JM, van Hemel NM, van den Bos A, Taks W, Grobbee DE, Moons KG. Predictors of improved quality of life 1 year after pacemaker implantation. *Am Heart J*. 2008; 156(3):491-7. [DOI: 10.1016/j.ahj.2008.04.029]
- Tagney J. A literature review comparing the experiences and emergent needs of adult patients with Permanent Pacemakers (PPMs) and Implantable Cardioverter Defibrillators (ICDs). *J Clin Nurs*. 2010; 19(15):2081-9. [DOI:10.1111/j.1365-2702.2009.03031.x]
- Baumeister H, Abberger B, Haschke A, Boecker M, Bengel J, Wirtz M. Development and calibration of an item bank for the assessment of activities of daily living in cardiovascular patients using Rasch analysis. *Health Qual Life Outcomes*. 2013; 11:133. [DOI:10.1186/1477-7525-11-133] [PMID] [PMCID]
- Ghotbi N, Seyed Bagher Maddah S, Dalvandi A, Arsalani N, Farzi M. [The effect of education of self care behaviors based on family-centered empowerment model in type II diabetes (Persian)]. *J Shahid Beheshti Sch Nur Midwifery*. 2014; 23(83):7027.
- Pedram Razi Sh, Sadeghi M, Nikbakht Nasrabadi A, Ebrahimi H, Kazemnejad A. [The effect of family-centered empowerment model on knowledge and metabolic control of patients with type 2 diabetes (Persian)]. *J Knowl Health*. 2014; 9(1):48-54.
- Zafar ramzani ZAA, Anooosheh, M. [The effect of family centered empowerment model on mothers' QOL of girls under six years old with UTI (Persian)]. *J Health Promot Manage*. 2014; 3(3):7-15.
- Masoodi R, Alhani F, Moghadassi J, Ghorbani M. [The effect of family-centered empowerment model on skill, attitude, and knowledge of multiple sclerosis caregivers (Persian)]. *J Birjand Uni Med Sci*. 2010; 17(2):87-97.
- Sanaie N, Nejati S, Zolfaghari M, Alhani F, KazemNejad A. [The effect of family-centered empowerment in self efficacy and self esteem in patients undergoing coronary bypass graft surgery (Persian)]. *J Res Dev Nur Midwifery*. 2013; 10(2):44-53.
- Malakoti Sh, Sharifirad G, Kachoyee A, Hassanzadeh A. [The effect of educational program walking based on health belief model on control sugar in woman by type 2 diabetics (Persian)]. *Iran J Endocrinol Metab*. 2009; 11(5):490-597.
- Zand S, Bahramnezhad F, Rafiei F. [The effect of two educational methods (family- centered and patient-centered) multimedia software on dysrhythmia of patients after acute myocardial infarction (Persian)]. *J Arak Uniof Med Sci*. 2016; 7(1):7-17.
- Wichit N, Mnatzaganian G, Courtney M, Schulz P, Johnson M. Randomized controlled trial of a family-oriented self-management program to improve self-efficacy, glycemic control and quality of life among Thai individuals with Type 2 diabetes. *Diabetes Res Clin Pract Suppl*. 2017; 123:37-48. [DOI:10.1016/j.diabres.2016.11.013] [PMID]
- Razmaraei S, Hemmati Maslakkpak M, Khalkhali HR. [The effect of family-centered education on self-care in patients with type 2 diabetes (Persian)]. *J Urmia Nur Midwifery Facul*. 2016; 14(2):118-27.